

Korespondence ke článku

Táborský M, Popelová J, Nečasová A et al. Současný stav a budoucnost péče o nemocné s vrozenými srdečními vadami.

Vnitř Lék 2015; 61(5): 466–469

Dopis doc. MUDr. Jany Rubáčkové Popelové

Vážená redakce,

v článku Současný stav a budoucnost péče o nemocné s vrozenými srdečními vadami, který vyšel v květnovém čísle Vnitřního lékařství, jsem uvedena jako spoluautor, navzdory tomu, že jsem svoje spoluautorství podmiňovala akceptováním mých připomínek. Jelikož se moje připomínky v textu neobjevily, pokusím se je rozvést v tomto diskusním příspěvku. Tento můj příspěvek nic nemění na mém obdivu a velké úctě k panu profesorovi Jiřímu Widimskému, DrSc., jemuž bylo celé číslo Vnitřního lékařství věnováno a jehož si upřímně a hluboce vážím.

Kapitola výše zmíněného článku Analýza současné situace v péči o nemocné s VSV na str. 468 je prodchnuta skepsí a negativními výrazy („centra nemají jasně definovanou subjektivitu... léčba nemocných je zatížena negativními faktory... dílem nešťastných náhod... bohužel nekompetentními rozhodnutími... absence kontinuálního vzdělávání... pracoviště nedisponují všemi požadovanými strukturami... komunikace, bohužel, vážne...“). Čtenář tak získává pocit, že zatímco děti s vrozenou srdeční vadou (VSV) mají vynikající péči v Dětském kardiocentru ve FN Motol Praha (což je pravda), dospělí s VSV nemají zajištěnou téměř žádnou péči díky „negativním faktorům“ a „nekompetentním rozhodnutím“. To, dle mého názoru, pravda není a ráda bych toto tvrzení odůvodnila. Budu hovořit pouze za Centrum pro léčbu dospělých s VSV v Nemocnici Na Homolce, kde pracuji od roku 2005.

I když Nemocnice Na Homolce (NNH) neměla žádnou tradici v péči o dospělé s VSV, podařilo se za posledních 10 let vytvořit centrum, které má dobře fungující všechny požadované struktury, které jsou uvedeny ve výše zmíněném článku v grafu 3. Funguje zde i poradna pro plánované rodičovství a sledování těhotných kardiacek. Jedinou chybějící strukturou je porodnice, která v NNH není, avšak velmi dobře a bez problémů spolupracujeme s porodnicí ve FN v Motole. Také komunikace a spolupráce s Dětským kardiocentrem v Motole i s brněnským centrem nikterak nevážne, ale naopak je na výborné úrovni. Probíhá řada společných projektů, konzultace společných pacientů a Dětské kardiocentrum od nás dlouhodobě dostává veškerá data, která požaduje a potřebuje při zhodnocení dlouhodobých výsledků operací v dětství.

Na kardiokirurgickém oddělení NNH bylo v posledních 10 letech operováno celkem 844 dospělých s VSV průměrného věku 39 let. Podrobné výsledky budou brzy

publikovány, ale lze uvést, že 30denní mortalita celého souboru činila 1,36 % a mortalita složitých komplexních VSV, u kterých se jednalo o mnohočetné reoperace, činila 2,67 %. Výsledky 6letých zkušeností našeho centra jsou podobné a byly publikovány v roce 2011 [1]. Polovinu námi operovaných pacientů tvořily komplexní VSV, více než 40 % představovaly reoperace po operaci v dětství. Mortalita je přitom pozoruhodně nízká, zcela srovnatelná se špičkovými světovými centry. Je zajímavé, že mortalita dospělých s VSV operovaných v NNH byla nižší než průměrná mortalita všech běžných kardiokirurgických výkonů v České republice, jak uvádí Národní kardiokirurgický registr [2]. Dokonce i složité operace komplexních VSV měly na našem pracovišti nižší mortalitu, než je průměr v České republice pro izolovaný výkon na chlopni [2].

Je škoda, že v článku nazvaném Současný stav péče o nemocné s VSV se objevují pouze chmurné vize současné péče o dospělé s VSV a stávající vynikající výsledky jsou zcela opominuty. Je vhodné připomenout, že těchto výsledků bylo dosaženo díky invenci, nadšení, pečlivosti a chirurgické dovednosti primáře MUDr. Štěpána Černého i díky spolupráci s vynikajícím dětským kardiokirurgem MUDr. Romanem Gebauerem a v neposlední řadě i díky zkušenostem a neobyčejným schopnostem MUDr. Petra Pavla. Na výsledcích má velký podíl i tým zkušených kardiioanesteziologů v NNH, kteří se rychle seznámili se specifickou VSV a uplatnili svoje zkušenosti, získané péčí o dospělé bez VSV po náročných operacích.

V NNH funguje od roku 2005 ambulance pro VSV s databází více než 3 200 dospělých s VSV, která je využívána kardiologů z celé České republiky. Zkušenosti s vyšetřováním a s péčí o VSV zde získávají stážisté, kteří se přihlásí. V NNH jsou prováděny diagnostické katetrizace i katetrizační intervence u dospělých s VSV a na vysoké úrovni jsou arytmiologické intervence, které řeší arytmie i u těch nejsložitějších VSV.

Pacienti i jejich ošetřující kardiologové jsou spokojeni, výsledky jsou velmi dobré, a proto nevidím žádný důvod pro chmurné výroky na str. 468 zmíněného článku. Vzhledem k tomu, že pacientů přibývá, je jen dobře, že specializovaných center je více. Chirurgické výsledky i spektrum operací v jednotlivých centrech lze jednoduše porovnat.

U některých pacientů jsou však možnosti klasické chirurgické léčby vyčerpány a jedinou možností je transplan-

tace srdce. Domnívám se, že transplantační péči dospělým s VSV by měla poskytovat obě transplantační centra, nejen IKEM, jak je uvedeno v článku, ale i CKTCH Brno.

Závěrem chci zdůraznit, že při každodenním vyšetřování dospělých s VSV si nesmírně vážím práce Dětského kardiocentra ve FN Motol a jeho úžasných výsledků, které zajistily i kriticky nemocným dětem nejen přežití, ale většinou i velmi dobrou kvalitu života. Za to patří velký obdiv a dík zakladateli Dětského kardiocentra a jeho duši, profesorovi Milanu Šamánkovi. Dospělí pacienti často a rádi vzpomínají také na laskavý a obětavý přístup primářky MUDr. Marie Voříškové a profesora Bohumila Hučína, jehož chirurgické výsledky, ale i nesmírně lidský přístup a zájem o pacienty jsou obdivuhodné. Je třeba zmínit i výborné chirurgické výsledky prof. Tomáše Tlaskala.

Někdy k nám však přicházejí i pacienti, kteří byli operováni dříve, než vzniklo Dětské kardiocentrum, v 60. a počátkem 70. let 20. století. Je nutno hluboce smeknout před výsledky operací profesora Jana Navrátila z Brna. Pacienti jím operovaní přicházejí i po 50–55 letech ve velmi dobrém stavu. Čtení jeho ručně psaných operačních protokolů je dojemné, stejně tak jako staré operační protokoly prof. Jaroslava Procházky z Hradce Králové. Profesor Jaroslav Stark se zasloužil ještě před vznikem Dětského kardiocentra o záchranu dětí s těžkými komplexními vadami (jako je transpozice velkých

tepen nebo Fallotova tetralogie), které operoval v Londýně. Dlouhodobé výsledky těchto londýnských operací jsou i v dnešní době pozoruhodné.

Zkušenosti týkající se VSV u dospělých, ať kardiologické, či chirurgické, nelze získat pouhým nastudováním literatury; získávají se praxí při každodenní práci. Je v zájmu nás všech, aby tyto zkušenosti mohly být dále předávány a aby se o specifickou skupinu dospělých s VSV starali lékaři, kteří mají s těmito vadami dostatečné zkušenosti.

Literatura

1. Popelová J, Černý Š, Gebauer R et al. Six-year experience with cardiac surgery in adults with congenital heart disease. *Čas Lék Čes* 2011; 150(4–5): 293–296.
2. Šetina M, Pírk J, Holub J et al. Přehled vybraných kardiologických operací v České republice 2012. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/prehled-vybranych-kardiologickych-operaci-cr>>.

doc. MUDr. Jana Rubáčková Popelová, CSc.

✉ jana.popelova@homolka.cz

**Centrum pro vrozené srdeční vady v dospělosti
Kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce,
Praha**

www.homolka.cz

Doručeno do redakce 18. 10. 2015

Odpověď prof. MUDr. Miloše Táborského

Vážený pane šéfredaktore,

v úvodu musím jednoznačně konstatovat, že si jak odborné práce, tak osobnosti doc. MUDr. Jany Popelové Rubáčkové, CSc., nesmírně vážím a považuji ji skutečně za „první dámu“ problematiky vrozených srdečních vad (VSV) v dospělosti v České republice. O to více jsem překvapen, že mě paní docentka nekontaktovala osobně tak, abychom si mohli na první pohled možná rozdílné názory na problematiku kontinuity programu VSV vyříkat.

Cílem sdělení ve Vnitřním lékařství není kritika práce paní docentky tak, jak je zřejmé z jejího dopisu, ale upřímná snaha pomoci dalšímu pozitivnímu rozvoji problematiky VSV, jak jsem se zavázal na konferenci v Poděbradech v lednu tohoto roku (2015). Proto také nejsou prezentovány konkrétní výsledky center – jak Nemocnice Na Homolce (NNH), FN Motol Praha a Brna. Nikdo nepochybuje o tom, že problematika VSV je zvládnutá v NNH naprosto komplexně a špičkově. Uvedená data si jistě zaslouží samostatný článek, který může redakce časopisu Vnitřní lékařství publikovat v některém z příštích čísel.

Je pro mě osobně velmi potěšitelné pozorovat aktivitu brněnského centra dvou pracovišť (I. interní kardiologické kliniky LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice a CKTCH Brno), která se dovedla velmi rychle a dobře dohodnout. Byl uspořádán odborný seminář, aktivně

oslovena moravská kardiocentra i ambulance a následovala i pozitivní PR aktivita této problematiky.

Velmi bych si přál, aby se obě pražská pracoviště rozumně dohodla na konsenzuálním konceptu péče o nemocné s VSV a byla překonána nešťastná rozhodnutí doby minulé a osobní úroveň dysharmonie. Máme pro výše uvedenou skutečnost nyní v době tvorby nového Věstníku MZ ČR týkajícího se kardiovaskulární péče v následujících letech velmi dobrou příležitost.

Osobně nyní budu kontaktovat vedoucí jednotlivých center ohledně požadované kapacity vzdělávání ve špičkových zahraničních centrech VSV pro roky 2016–2017 a potřebné finanční podpory cestou edukačních grantů České kardiologické společnosti. Investice do vzdělání mladých kardiologů se zájmem o VSV je to nejlepší, co můžeme v současnosti udělat.

Váš

Miloš Táborský

prof. MUDr. Miloš Táborský, Ph.D., FESC, MBA

✉ milos.taborsky@fnol.cz

**I. interní klinika kardiologická LF UP a FN Olomouc
www.fnol.cz**

Doručeno do redakce 8. 11. 2015

Korespondence ke článku

Rybka J, Mistrík J et al. Hyperosmolární hyperglykemický stav.

Vnitř Lék 2015; 61(5): 451–457

Dopis MUDr. Viktora Rosivala

Vážená redakcia Vnitřního lékařství, v práci Hyperosmolární hyperglykemický stav [1] je niekoľko nesrovnalostí s literatúrou.

Na str. 452 píšú autori „dostačujúci koncentrace endogenního inzulínu zabráni lipolýze“. Pred 38 rokmi, v roku 1977, dostala Nobelovu cenu Rosalyn S. Yalow za vypracovanie nových metód biochemickej analýzy, ktoré umožňujú aj merať koncentráciu inzulínu v ľudskej plazme. Tieto metódy sa odvtedy používajú na celom svete (napr. aj v Bratislave). Už v roku 1981 vyšla monografia Diabetic coma: ketoacidotic and hyperosmolar [2], v ktorej na str. 67 je obr. 6.3 s menami 12 autorov, ktorí našli dostatočné množstvo plazmatického inzulínu u pacientov s diabetickou ketoacidózou (DKA). V roku 2015 písať o „dostačujúci koncentraci endogenního inzulínu“ bez konkrétnych číselných údajov o tejto koncentrácii je nepochopiteľný anachronizmus, ktorý môže mať fatálne dôsledky.

Na str. 454 píšú autori „Terapie HHS se řídí stejnými pravidly jako léčba diabetické ketoacidózy“. Pri DKA je život ohrožujúce len jej najzávažnejšie štádium – kóma. Jej príčinou je nízke pH krvi [3], takže podávanie alkalizujúcich roztokov (napr. natriumbikarbonátu) má za následok nulovú letalitu tejto kómy pri DKA, napr. [4]. Takáto liečba však nijak nie je odôvodnená pri HHS.

Na str. 455 píšú autori „HHS i DKA mají do značné míry společný patogenetický mechanismus“: ako uvedené v odstavci 1, u DKA nie je podstatou nedostatok

inzulínu, kým u HHS vyvolávajúcím faktorom je práve nedostatok inzulínu.

Na tej istej str. 445 píšú autori aj „plauzibilní vysvětlení nepřítomnosti ketózy u pacienta s HHS však stále chybí“. U HHS je nedostatok inzulínu, ktorý však – ako uvedené v odstavci 1 – nie je príčinou ketózy. Problematika vzniku kyseliny pri DKA presahuje rozsah diskusie k článku s nadpisom Hyperosmolární hyperglykemický stav.

Literatura

1. Rybka J, Mistrík J. Hyperosmolární hyperglykemický stav. Vnitř Lék 2015; 61(5): 451–457.
2. Schade DS, Eaton RP, Alberti KGMM et al. Diabetic coma: ketoacidotic and hyperosmolar. University of New Mexico Press: Albuquerque 1981. ISBN 978–0826305893.
3. Nyenwe EA, Khan AE, Razavi LN et al. Acidosis: The Prime Determinant of Depressed Sensorium in Diabetic Ketoacidosis. Diabetes Care 2010; 33(8): 1837–1839.
4. Umpierrez GE, Kelly JP, Navarrete JE et al. Hyperglycemic crises in urban blacks. Arch Intern Med 1997; 157(6): 669–675.

MUDr. Viktor Rosival, PhD.

✉ rosivalv@hotmail.com

SYNLAB oddelenie laboratórnej medicíny, Nemocnica akademika Ladislava Dérera, Bratislava
www.unb.sk

Doručeno do redakce 25. 8. 2015

Odpověď prof. MUDr. Jaroslava Rybky a MUDr. Jerguša Mistríka

Vážená redakce,

k připomínkám MUDr. Rosivala, uvádíme následující:

Ad 1. K připomínce ze str. 452: citace autorů, kterou MUDr. Rozsival uvádí v připomínce, je neúplná. V textu našeho článku je uvedeno, že „koncentrace endogenního inzulínu je natolik dostačující, že zabráni lipolýze“.

Ad 2. K připomínce ze str. 454: souhlasit s MUDr. Rosivalem lze pouze s jeho poslední větou, léčba alkalizujícími roztoky není při HHS odůvodněná, což vyplývá i z prvního schématu uvedeného v našem sdělení (str. 452), zdůrazňujícím protilehlé vztahy HHS a DKA. V literatuře však natrium bikarbonát nepatří bez výhrad ani do standardů léčby DKA. Je vždy doporučováno pečlivé stálé sledování vnitřního prostředí, protože rizika jeho podávání nutí stále k velké opatrnosti jeho aplikace. Stále je diskutována ještě otázka paradoxní acidózy CNS s následným

edémem mozku (v literatuře se uvádí, že především u dětí zvyšuje bikarbonát riziko obávaného edému mozku), hypokalemie při rychlé korekci aj. Některá pracoviště podávají u DKA dospělých bikarbonát až při poklesu pH pod 7,0, protože se obávají snížené kontrakility myokardu, arytmií, periferní vazodilatace a zvyšují pH jen na hodnotu 7,1. V pediatrické praxi je doporučován často i opatrnější postup a doporučuje se podávání bikarbonátu až při pH 6,8. A pokud se bikarbonát v terapii užije, zvyšuje se pH maximálně na hodnotu 7,1 s tím, že rehydratační, iontová a inzulínová substituční léčba upraví pH docela spolehlivě.

Ad 3. a 4. Str. 455: Poznámky uváděné MUDr. Rosivalem v bodě 3. a 4. se víceméně týkají vzájemných patogenetických mechanismů HHS a DKA a některých dosud neobjasněných patofyziologických otázek týkajících se nepřítomnosti ketózy u HHS.

Dodatek autorů: Dosud nebýla v moderní diabetologické literatuře nikdy zpochybněna klíčová role absolutního nebo relativního deficitu inzulínu v patogenezi DKA.

Literatura

1. Savage MW, Dhatariya KK, Kilvert A et al. Joint British Diabetes Societies guideline for the management of diabetic ketoacidosis. *Diabetic Medicine* 2011; 28(5): 508-515. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2011.03246.x>>
2. Joint British Diabetic Societies Inpatient Care Group. The Management of Diabetic Ketoacidosis in Adults. 2nd ed. Update September 2013. Dostupné z WWW: <http://www.diabetologists-abcd.org.uk/JBDS/JBDS_IP_DKA_Adults_Revised.pdf>.
3. Pasquel FJ, Umipierrez GE. Hyperosmolar Hyperglycemic State: A Historic Review of the Clinical Presentation, Diagnosis and Treatment. *Diabetes Care* 2014; 37(11): 3124-3131.
4. Šmahelová A, Škrha J. Hyperglykemický hyperosmolární nekrotický stav. In: Škrha J (ed). *Diabetologie*. Galén: Praha 2009: 162-166. ISBN 978-80-7262-607-6.
5. Kitabchi AE, Umipierrez GE, Murphy MB et al. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2006; 29(12): 2739-2748.

6. Hansen TK, Møller N. Acute Metabolic Complications of Diabetes: Diabetic Ketoacidosis and Hyperosmolar Hyperglycemia. In: Holt R, Cockram C, Flyvbjerg A et al (eds). *Textbook of Diabetes*. 4th ed. Wiley-Blackwell 2010: 546-552. ISBN 978-1-4051-9181-4.

7. Vavřínek J. Diabetická ketoacidóza a hyperglykemické stavy u dětí. In: Kvapil M (ed). *Diabetologie 2014*. Triton: Praha: 2014. ISBN 978-80-7387-755-2.

8. McCormack JP, Martin SA, Newman DH et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes 2015: A Patient-Centered Approach. Update to a position Statement of the American Diabetes Association and The European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2015; 38(1): 140-149.

prof. MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc.

✉ rybka@bnzlin.cz

MUDr. Jerguš Mistrík

Interní klinika Krajské nemocnice T. Bati, a.s., Zlín

www.kntb.cz

Doručeno do redakce 17. 9. 2015

Korespondence ke článku

Ad Hajer J. Konopí – léčba budoucnosti?

Vnitř Lék 2015; 61(7–8): 680–685

Dopis prof. MUDr. Petra Gavorníka

Vážený pán šéfredaktor, dovoluujeme si Vám poslat několik poznámek k práci Hajer J. Konopí – léčba budoucnosti? *Vnitř Lék* 2015; 61(7–8): 680–685.

Konopa (*Cannabis*) je rod rastlín z čeledi konopovitě (*Cannabaceae*), v ktorom sa rozlišujú 2 samostatné druhy:

Konopa siata (*Cannabis sativa*), pri ktorej sa v moderných systémoch ako poddruh rozoznáva divorastúca konopa rumovisková (*Cannabis ruderalis*); ako stáročia stará úžitková poľnohospodárska rastlina má veľké množstvo odrôd podľa účelu pestovania na vlákna alebo na semená. V súčasnosti legislatíva povoľuje výsev iba niektorých technických kultivarov, ktoré podliehajú administratívnej kontrole. Vo všetkých sa nachádza iba malé množstvo (pod 0,3 % hmotnosti sušiny) psychoaktívnych látok; v ostatných rokoch pribúdajú informácie o jej využití aj v racionálnej výžive a v potravinárstve najmä pre vysoký obsah vláknin, antioxidantov a ω -3 mastných kyselín.

Konopa hašišová; marihuanová; indická (*Cannabis indica*). Tieto 2 rozdielne druhy (podľa niektorých autorov 2 rozdielne variety) sa líšia jednak makroskopickými i mikroskopickými biologickými znakmi a predovšetkým rozdielnym množstvom a pomerom obsahových chemických látok. Konopa hašišová je v Zozname omamných a psy-

chotropných látok, v prílohe zákona č. 139/1998 Z. z. SR o omamných a psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších prepisov. Pestovanie konopy hašišovej s vysokým obsahom psychoaktívnej látky tetrahydrokannabinolu – THC je na území Slovenskej republiky zakázané; držanie drogy a jej predaj je trestný.

Pokiaľ ide o fajčenie konopy hašišovej, z hľadiska atero- genézy i karcinogenézy je prakticky rovnako škodlivé ako fajčenie tabaku. Treba zdôrazniť, že sa to netýka iba aktívneho fajčenia, ale aj pasívneho fajčenia (second hand smoke), dokonca aj dlhotrvajúcej kontaminácie životného prostredia rezíduami po fajčení (third hand smoke).

Celá naša zem trpí na škodlivé následky fajčenia. Konopa hašišová je po tabaku druhou najčastejšie (zne)užívanou rastlinou pri fajčení. Každého fajčiara treba považovať za nebezpečný živý rizikový faktor nielen cievnych a orgánovo- vaskulárnych chorôb, ale aj nebezpečný živý rizikový faktor zhubných nádorových chorôb.

Pokiaľ ide o iné formy aplikácie konopových látok, ani jedna z citovaných 51 prác nespĺňa prísne vedecké kritéria dlhotrvajúcej dvojitej alebo trojitej slepej placebo- kontrolovanej štúdie.

Problematické sú v článku aj vyjadrenia autora o fyto- terapii ako súčasti tak zvanej komplementárnej a al-

ternatívnej medicíny (CAM). Fytoterapia je významnou súčasťou lokálnej terapie, diétoterapie i farmakoterapie. Správnejšie je v prípade CAM hovoriť o vedecky neoverených metódach. Medicína je predovšetkým veda a vedecká medicína (EBM) nemôže mať ani doplnok, ani alternatívu (**možnosť** voľby **medzi** dvoma riešeniami). Ak niektorí tvrdia, že áno, v poriadku, ale už to predsa nemôžu nazývať medicínou.

Vieme, že v Českej republike bola konopa hašišová legalizovaná na liečebné účely, ale myslíme si, že práca s toľkými nepresnými, skresľujúcimi a jednostrannými informáciami evokuje medzi internistami širokú diskusiu, čo možno bolo aj zámerom redakcie.

Drogová závislosť je definovaná neodolateľným želaním, nutkaním alebo potrebou pokračovať v užívaní drogy a drogu získavať akýmikoľvek prostriedkami. Závislosť od drogy je daná tendenciou zvyšovania dávky drogy, psychickou a často aj fyzickou závislosťou na jej účinkoch. Z epidemiologického hľadiska je fajčenie konopy hašišovej závažným rizikovým faktorom cievnych a orgánovovaskulárnych chorôb, ktoré sú u nás na prvom mieste

v príčinách mortality (angioepidémia tretieho milénia). Zároveň je závažným rizikovým faktorom malígnych nádorových chorôb, ktoré sú u nás na druhom mieste v príčinách mortality, i drogou, ktorá spôsobuje drogovú závislosť a chronickú intoxikáciu. A intoxikácie patria do skupiny chorôb, ktoré sú u nás na treťom mieste mortality.

Záverom treba konštatovať, že konopa siata (*Cannabis sativa*) je mimoriadne perspektívnou úžitkovou rastlinou, pestovanou nielen pre technické účely, ale aj pre lokálne i celkové použitie v medicíne, predovšetkým v oblasti racionálnej výživy, diétoterapie, možno aj vo farmakoterapii. Konopa hašišová (*Cannabis indica*) je rastlina s vysokým obsahom kanabinoidov, ktorej riziká (zne)užívania vysoko prevyšujú možné benefity.

doc. MUDr. Peter Gavorník, PhD., mim. prof.

✉ peter.gavornik@sm.unb.sk

II. interná klinika LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika

www.fmed.uniba.sk

Doručeno do redakce 7. 10. 2015

Odpověď MUDr. Jana Hajera

Vážený pane šéfredaktore,

chtěl bych poděkovat za komentář k mému článku a rád bych touto cestou reagoval na podnětné připomínky.

Jako léčebné konopí se celosvětově používají především druhy vyšlechtěné z tzv. *Cannabis sativa*. Už nejméně dekádu není tak důležitý druh konopí a klasifikace na *sativa*, *indica* a *ruderalis* se postupně zcela opouští s tím, že jde o jediný druh s nesčetnou řadou vzájemných kříženců. Zásadní pro léčebné i případné vedlejší účinky je obsah THC a CBD, případně dalších fytokanabinoidů v konkrétním druhu rostliny, a také farmakologické účinky komplexu kanabinoidů, terpenů a některých dalších látek v konopí obsažených.

Původní vyhláška vymezovala 4 druhy konopí využitelné k terapii, které se lišily poměrem CBD a THC: 3 druhy vyšlechtěné primárně z *Cannabis sativa* a jeden druh vyšlechtěný z *Cannabis indica*.

Novelizovaná česká vyhláška však upravuje povolený faktický obsah THC na 0,3–21,0 % a pro CBD 0,1–19,0 % bez ohledu na to, zda se jedná o *Cannabis sativa* či *indica*.

Článek i přednáška byly určitým přehledem aktuálních poznatků v této oblasti, který jistě může svou

novostí a pro naše kraje i určitou kontroverzností vzbuzovat řadu otázek. To ostatně bylo jejich účelem.

Je třeba zdůraznit, že citované studie (z nichž řada je multicentrických, dvojité slepě randomizovaných a placeboem kontrolovaných) byly publikovány v prestižních časopisech a mají signifikantní a hmatatelné výsledky.

Zcela souhlasím, že konopí (*Cannabis*) je mimořádně perspektivní rostlinou, která kromě užitkové hodnoty nově nabývá významu medicínského, a to nejen v lokální a dietetické léčbě, ale i v širokém spektru farmakoterapie mnoha onemocnění. Výzkum v této oblasti je vzhledem ke komplexní funkci kanabinoidů, resp. humánních kanabinoidních receptorů mimořádně slibný a zaslouží si naši pozornost.

S pozdravem

MUDr. Jan Hajer, Ph.D.

✉ jan.hajer@fnkv.cz

II. interní klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

www.fnkv.cz

Doručeno do redakce 25. 11. 2015